



직장관련 차일드 케어 (WCCC)

고용 증명서

EMPLOYER VERIFICATION

지역 사무소	날짜
전화 번호	케이스 번호

파랑색이나 검정색 펜으로 인쇄체로 정확히 기입해 주십시오.

조항 1: 의뢰인/고용인에 의해 기재되어야 할 항목						
본인은 본인의 고용주가 사회와 건강 서비스 부(DSHS)에 관련된 필요한 정보를 제공할 수 있는 권리를 부여합니다.						
고용인/부모/신청자의 사인	날짜					
조항 2: 고용주에 의해 기재되어야 할 항목						
고용인의 이름	고용주의 이름					
고용주의 주소						
고용인의 고용 시작 날짜	고용인의 고용 마감 날짜	시간당 임금 혹은 봉급 농업/농장관련 임금 일 경우 (예: \$8/상자당, \$7/나무당, .25센트/파운드당, 등등)				
팁	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예; 만약 예, 일경우 얼마나 자주 그리고 얼마 만큼 받습니까? _____					
수수료/커미션	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예; 만약 예, 일경우 얼마나 자주 그리고 얼마 만큼 받습니까? _____					
보너스	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예; 만약 예, 일경우 얼마나 자주 그리고 얼마 만큼 받습니까? _____					
업무시간 초과/오vertime	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예; 만약 예, 일경우 얼마나 자주 합니까? _____					
급료 지급 빈도:	<input type="checkbox"/> 일당 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 격주당 <input type="checkbox"/> 한달에 두번 <input type="checkbox"/> 월급					
업무 시간표 (가능하면 정확한 시간까지 기입해 주십시오):						
월요일	화요일	수요일	목요일	금요일	토요일	일요일
주간 평균 업무시간:						
고용주/주인/인사담당자의 사인						
고용주/주인/인사담당자의: 인쇄체 이름	고용주/주인/인사담당자: 전화 번호					